

($\pm$), 环孢素 A 仍在使用中(末次随访时间 2010 年 12 月 20 日)。

2 讨 论

缺铁性贫血为临床上最为常见的血红蛋白合成障碍所致的贫血。引起缺铁性贫血(IDA)的原因很多,如:摄入不足、需要增加、吸收障碍、慢性失血等。诊断依据:有缺铁病因,特别是慢性失血史;可有外胚叶组织病变;小细胞低色素性贫血;骨髓象及骨髓铁染色检查有缺铁特点;血清铁含量减低,血清总铁结合力明显增高;铁剂治疗有显著疗效。作者遇到的本例老年女性患者病程较长,补铁疗效可,但效果不能维持,考虑可能存在其他的临床因素^[1]。作者首先反复作了胃肠道慢性少量出血的相关检查,均无特别发现,也无肠道寄生虫病的证据;其次,为排除有无其他微量元素缺乏导致缺铁性贫血的可能,同时加用多维元素片(善存片)治疗,但效果依然不理想^[2]。因此,作者又作了阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)及溶血性贫血的相关检查,意外发现患者贫血反复发作的原因是在缺铁性贫血的同时合并存在自身免疫性溶血性贫血,这种情况目前尚未见相关报道。

临床上缺铁性贫血合并溶血的患者首先考虑 PNH 的可能,但该患者经各项相关检查排除了 PNH 的可能,而多次抗人球蛋白实验阳性,因此确定诊断为 IDA 合并自身免疫性溶血性贫血(AIHA)。

关于患者的发病机制,考虑可能与下列因素有关:(1)两种疾病是否独立发病而同时存在,但根据患者既往补铁治疗疗效完全的病史,考虑可能其 IDA 起病早期并未合并存在 AIHA。(2)因铁代谢异常与机体免疫功能密切相关,长期缺铁可导致机体免疫功能低下和免疫功能紊乱。因此,该患者是否由于长期铁代谢紊乱导致免疫调节功能紊乱,产生自身抗体或活化的补体,结合于红细胞表面^[3],致使红细胞破坏加速而引起溶血性贫血。(3)由于老年患者缺铁性贫血的病因中消化道肿瘤的发病率较高^[4],因此老年患者一旦发生了 IDA,消化道肿瘤的相关检查是必需的,而抗人球蛋白实验阳性可继发于多种肿瘤

• 个案与短篇 •

性疾病,故该患者是否在消化道肿瘤的基础上发生了 IDA 和继发性 AIHA。但患者经全面检查,包括多次胃镜、全消化道钡餐检查、腹部彩超及肿瘤标志物等,并未发现消化道肿瘤的征象,但今后的随访中还应继续追踪观察此方面的可能性。

相关研究已确认 IDA 患者可发生溶血^[5],其主要机制为 IDA 红细胞(RBC)抗氧化能力降低,RBC 膜脂质发生过氧化损害,膜收缩蛋白减少,致使 RBC 膜硬度增加,RBC 变形性下降、流经脾脏微循环时被扣留、破坏,导致 RBC 寿命缩短。但由于 IDA 患者发生溶血极为少见,应引起注意。

本病例诊断及治疗提示:(1)长期缺铁性贫血不能纠正且进行性加重的患者,特别是长期反复发生 IDA 的老年患者要注意是否合并有溶血尤其是免疫性溶血的可能。(2)如合并存在,在治疗缺铁性贫血的同时需针对溶血性贫血进行治疗。(3)正确区别 IDA 伴发的溶血现象和溶血性贫血(HA)伴发 IDA 很有必要。经铁剂治疗后,HA 表现很快消失且 IDA 好转或缓解,则支持 IDA 伴溶血的诊断。但对于 IDA 与 AIHA 伴发的机制还需要进一步研究加以阐明。

参考文献

- [1] 肖红,黄力君,王恩湘.中老年人缺铁性贫血临床分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(19):4594-4595.
- [2] 杨朝爱,张翠芹.微量元素缺乏导致缺铁性贫血的研究现状[J].齐齐哈尔医学院学报,2008,29(18):2243-2244.
- [3] Ekiz C, Agaoglu L, Karakas Z, et al. The effect of iron deficiency anemia on the function of the immune system[J]. Hematol J, 2005, 5(7):579-583.
- [4] 毛志东,陈恕之.缺铁性贫血患者中消化道恶性肿瘤的危险因素分析[J].实用临床医药杂志,2010,14(7):84-85.
- [5] 潘湘涛.缺铁性贫血伴溶血 5 例[J].河北医药,2000,22(7):506.

(收稿日期:2011-03-07)

高血压患者血尿酸和血脂水平的相关探讨

许 琳, 李 蕊, 余庭华

(湖北省荆门市石化医院检验科 448000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.11.061

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2011)11-1261-02

近年有研究报道,高尿酸血症是心血管疾病的又一危险因素,而高尿酸血症患者也常伴有高血压、高血脂等,现将高血压患者的血尿酸及血脂水平进行研究,并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2003 年 5 月至 2008 年 11 月来本院就诊的高血压患者 104 例作为高血压组,其中男 62 例,女 42 例;年龄 37~75 岁,符合 1998 年世界卫生组织高血压新的诊断标准,血脂按 1997 年全国血脂异常防治对策专题组制定的诊断标准。选取同期健康体检者 201 例作为健康对照组,其中男 123 例,女 78 例;年龄 35~72 岁。

1.2 仪器及试剂 三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、尿酸

(UA)均由上海科华东菱诊断用品有限公司提供,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)由上海荣盛试剂有限公司提供。仪器为日本 Hitachi 7180 全自动生化分析仪。

1.3 方法 2 组均禁食嘌呤类过多食物 3 d,并空腹 12 h 以上抽取静脉血,离心分离血清,用甘油磷酸氧化酶法测 TG,用氧化酶法测 TC、UA,用酶直接法测 HDL-C、LDL-C。

1.4 统计学处理 所有数据均以($\bar{x} \pm s$)表示,组间均数比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2 组血尿酸、血脂检测结果,见表 1。

表 1 2 组血尿酸、血脂检测结果

组别	<i>n</i>	UA(μmol/L)	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)
健康对照组	201	278.2±71.90	1.52±1.48	4.13±0.98	1.53±0.44	2.41±0.66
高血压组	104	343.7±75.60	2.08±1.53	4.35±0.96	1.41±0.42	2.36±0.58

3 讨 论

近年来,高血压、高血脂的发病率日趋上升,发病年龄也趋于年轻化。为了有效预防和控制其发生,探讨其病因和易发因素就显得尤为重要。UA 是人类嘌呤代谢的最终产物,主要由细胞代谢分解的核酸和其他嘌呤类化合物以及食物中的嘌呤经酶的作用分解而来,它与年龄、肥胖、高血压、高血脂、糖尿病等共同成为冠心病的危险因素^[1-3]。因此,分析和研究高尿酸血症与高血压的关系,可以为心脑血管疾病的综合防治提供依据。本文结果表明,高血压组血 UA 水平明显高于健康对照组,提示血 UA 水平升高是高血压发病的危险因素。如果患者高尿酸血症和高血压并存,发生冠心病或脑血管疾病的危险性极高。有报道称,高血压发病随 UA 水平增加而升高,UA 是高血压发病的中介。有研究认为,高血压可引起肾微血管硬化,使肾血流量减少,局部组织因缺氧,乳酸堆积,乳酸与血 UA 竞争排泄,UA 排泄减少,使血 UA 水平升高。其次,高血

• 个案与短篇 •

压患者服利尿剂可干预 UA 的分泌,引起血 UA 升高。

检测结果也表明,高血压患者均不同程度存在高尿酸血症和脂质代谢紊乱,而高血压、高尿酸血症、高脂血症可共同促发心脑血管疾病。因此,在心脑血管疾病的防治上,除采用控制血压、调整血脂等措施外,控制血 UA 水平也是不可忽视的重要环节。

参考文献

[1] 陈灏珠,李宗明. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:790.
[2] 廖金辉,沈为华,李白华,等. 老年高血压患者血尿酸水平分析[J]. 湖南医学,2001,17(1):28-29.
[3] 张纯. 中老年知识分子高尿酸血症与高血压、高血脂、高血糖的相关性调查[J]. 国际检验医学杂志,2007,28(3):274-276.

(收稿日期:2011-01-10)

尿沉渣分析仪质量控制的探讨

林 珍

(湖北省黄石市二医院检验科 435002)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.11.062 文献标识码:B 文章编号:1673-4130(2011)11-1262-02

尿液分析的准确程度直接关系到临床诊断,因此尿液检查质量控制是关系到临床检查的重要工作。在尿液检查质量控制方面,建立了一套完整的、适合尿液分析仪评价的鉴定方法,主要对国内外尿液分析仪的应用进行了评价,并在使用过程中出现的一些问题进行探讨,提出了对于新引进的尿液分析仪及每次维修后必须进行评价之后才能使用的概念。在其标准化方面,建立了适用于尿沉渣的标准化方法,提倡以定量板来报告尿沉渣结果,并探讨了尿沉渣测定不同方法的参考范围。近年来,尿沉渣分析仪不断涌现,并逐步用于临床,不同厂家设计原理各有差异,有的基于尿沉渣镜检影像分析原理,或基于尿沉渣流式细胞术和电阻抗检测原理^[1]。尿沉渣分析仪为尿液有形成分的定量分析奠定了基础,但其测定的准确性、可比性有待在质控工作中证实。因此,作者参考有关资料,对本科使用的 US2020 尿沉渣分析仪质量控制进行探讨,现报道如下。

1 材料与 方法

1.1 材料 ABX-PENTRA60 血细胞分析仪全血质控物严格校正,参加全省室间质评连续三年成绩优秀。LX5000 尿沉渣分析仪按照仪器操作规程调至最佳状态,并由熟练的技术人员进行操作。

1.2 室内质控物的制备 按照丛玉隆和马俊龙^[2]的报道,进行白细胞、红细胞的制备。

1.3 方法 细胞悬液的配置与细胞计数的定植:取制备的醛化细胞,加入 150 mL 血细胞计数稀释液及 1 mL 庆大霉素,以

血细胞分析仪准确计数白细胞、红细胞 10 次,取平均值。准确稀释后,使细胞数 1 000~1 700/μL,分装成每瓶 5 mL,存放于 4~6 ℃冰箱中。

1.4 稳定性观察

1.4.1 ABX-PENTRA60 血细胞分析仪 分别在新鲜配置、储存 2 d 后,取 1 瓶采用 ABX-PENTRA60 血细胞分析仪,准确计数白细胞、红细胞。ABX-PENTRA60 血细胞分析仪校正后的定植质控物与定植结果接近,偏差为 2.5%(红细胞)和 -2.8%(白细胞),校正前明显减少。控制物稀释后,浓度低时偏差有所增大,但比文献^[3]报道的精密度小,这可能与计数范围有关。

1.4.2 自制质控物 新配制质控物:红细胞=(195±118)/μL,白细胞=(669±89)/μL。保存 1~60 d 质控物:红细胞=(1 189±132)/μL,白细胞=(677±97)/μL。经统计学处理, $t_{红细胞}=0.14, t_{白细胞}=0.24, P>0.05$,差异无统计学意义,证明质控物在 2 个月内稳定。文献报道,未稀释的质控物保持 6 个月稳定,稀释后的可用 1 个月。

1.5 室内质控 仪器的调试按仪器操作手册,每个月进行 1 次系统的显微镜高、低倍焦距调节,使每行每帧焦距在最佳状态。将质控物用生理盐水稀释 10 倍,颠倒混匀数次,重复测定 2 次(辅以人工鉴别),结果取平均值,连续测定 30 d,计算均值、标准差,绘制 L-J 质控图^[4]。结果($\bar{x} \pm 2s$)在控,超过($\bar{x} \pm 3s$)为失控,在两者之间表示警告。不能有连续 2 次结果在